



# APLICACIÓN DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE CRIMEN

Para uso de la oficina

Demanda número

**INSTRUCCIONES:** 1. Escriba o marque claro con pluma.  
2. La última página de esta forma tiene que ser firmada y notariada por el que la reclama.  
3. Si la víctima es un menor de edad, o una persona incompetente, ésta aplicación **TIENE** que ser por alguno de las padres o un encargado legalmente.  
4. Si la pregunta **NO ES** pertinente a usted, conteste con una N/A.

<b>Compensación para Víctimas de Crimen</b> PO Box 3001 Jefferson City, MO 65102	<b>Número de Teléfono</b> (573) 526-6006 1-800-347-6881	<b>Relay Missouri</b> 1-800-735-2966 (TDD) 1-800-735-2466 (VOICE) (una voz)
--	---	---

?Cómo llegó a saber del programa de Compensación para Víctimas?  
 Policía     Programa de Asistencia para Víctimas     Procurador     Funeraria     Amigo/Familiar  
 Hospital     Anuncio de Servicio Público     Anuncio/Folleto     Agencia de Colecciones

## SECCIÓN I INFORMACIÓN DE LA PRIMERA VÍCTIMA

Nombre de la Víctima ( <i>Apellido, Nombre y Segundo nombre</i> )				Seguro Social #	
Dirección presente-calle		Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono de la Residencia	Teléfono de su Trabajo	País de Donde Nació Origen Nacional*		?La Víctima Murió? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Matrimonial <input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)
Raza ( <i>Marque Una</i> ) <input type="checkbox"/> 1. Blanco(a) <input type="checkbox"/> 2. Negro(a) <input type="checkbox"/> 7. Otra: _____ <input type="checkbox"/> 3. Hispánico(a) <input type="checkbox"/> 4. Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> 5. Asiático/Islands Pacíficas <input type="checkbox"/> 6. Raza (opcional)			Incapacitado antes del Crimen <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ( <i>Explique</i> )		
			Fecha de Cuándo Ocurrió el Crimen		
?La Víctima ha sido Condenado(a) por dos crímenes durante los pasados diez (10) años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Explique : _____					

## SECCIÓN II INFORMACIÓN DE EL QUE DEMANDA Complete esta sección si alguien presenta una demanda diferente que la Víctima (i.e. Padre/Madre o un encargado legalmente)

Nombre del que Demanda ( <i>Apellido, Nombre y Segundo Nombre</i> )				Seguro Social #	
Dirección-Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
Relación con la Víctima	?La Víctima vivía con usted al tiempo del Crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono de Residencia	Teléfono del trabajo		
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Matrimonial <input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)

## SECCIÓN III OTRA VÍCTIMA COMPENSABLE CON DERECHOS \*Capítulo 595 (Si es más de una, llenar otra hoja adicional)

Nombre de la Víctima Compensable ( <i>Apellido, Nombre y Segundo Nombre</i> )				Seguro Social #	
Dirección Presente-Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono de Residencia/Trabajo	Relación con la Primera Víctima	País de donde Nació Origen Nacional	Incapacitado(a) antes del Crimen <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Matrimonial <input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)
Raza ( <i>Marque Una</i> ) <input type="checkbox"/> 1. Blanco(a) <input type="checkbox"/> 3. Hispánico(a) <input type="checkbox"/> 5. Asiático/Islands Pacíficas <input type="checkbox"/> 7. Otras: _____ <input type="checkbox"/> 2. Negro(a) <input type="checkbox"/> 4. Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> 6. Raza (opcional)					

?La Víctima compensable vivía con la primera víctima en el tiempo que pasó el crimen? (Capítulo 595)     Sí     No    Si contesta Sí, Explique: \_\_\_\_\_

?La otra víctima compensable ha sido condenada de dos crímenes durante los pasados diez(10) años?     Sí     No    Si contesta Sí, Explique: \_\_\_\_\_

\* Esta información es requerida solamente de acuerdo con los Derechos Federales dentro de la Sección 1407(c) de la Acta para Víctimas de Crimen de 1984. Será usado únicamente para intención estadística.

**NOTA** ▶ APLICACIÓN DEBE SER FIRMADA Y NOTARIZADA EN LA ÚLTIMA PARTE DE ESTA FORMA. FOTOCOPIA NO SERÁ ACEPTADA.

<b>SECCIÓN IV INFORMACIÓN DEL CRIMEN</b>				?Se registró el reporte con la Policía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo de Crimen: <input type="checkbox"/> Asalto <input type="checkbox"/> Ofensa Sexual <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> DWI* <input type="checkbox"/> Homicidio Involuntario* <input type="checkbox"/> Herido por Robo <input type="checkbox"/> Pegó y Corrió <input type="checkbox"/> Otro (Explique: ) _____ (Esté seguro de llenar la Sección VII de Seguridad)					
Descripción Breve del Crimen: _____ _____ _____					
Fecha/Cuándo Ocurrió el Crimen		Fecha/Cuándo se Reportó el Crimen		?Se Hizo Arresto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	?Las acusaciones se reportaron? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se Sabe
Lugar del Crimen: Dirección de la Calle			Ciudad/Estado		Condado
Nombre y Dirección del Departamento de la Policía				Nombre del Oficial(es) Investigador(es)	
?Quién cometió el Crimen? (Si lo Sabe)			Número del Reporte de la Policía		Número de Registro
?La víctima sabe quién fue la persona que cometió el crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta Sí, (?De qué manera?) _____					
?La víctima estaba relacionado con la persona que comitió el crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta Sí, ?De qué manera? _____					
La víctima estaba viviendo con la persona culpable cuando pasó el crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si contesta Sí, ?La víctima sigue viviendo con el culpable? _____					
<b>SECCIÓN V COSTOS MÉDICOS (INCLUYENDO LOS SERVICIOS PSICOLÓGICOS)</b>				?Habrá más gastos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Registre abajo los gastos de servicios dados como resultado del crimen. (Dar copias de cuentas disponibles)					
Nombre del Doctor, Hospital, u otros Servicios Suministrados.	Número de Cuenta	Dirección de Calle		Ciudad	Estado Código Postal
<b>SECCIÓN VI GASTOS FUNERALES</b> (Dar una Copia del Certificado de Muerte y Gastos Funerales)					
?Dependiente(s) recibirán beneficios funerales de lo siguiente?					
Seguro Social \$		Compensación de Trabajadores \$		Seguro de Vida \$	Otro (Especificar) \$
Nombre de la Funeraria			Dirección-Calle		
Ciudad		Estado	Código Postal		Cantidad de Gastos Funerales y Entierro \$
?Los Pagos de Entierro Han Sido Pagados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si Contesta Sí, ?Por Quién?			Relacionado con la Víctima
Ciudad			Estado		Código Postal
?Dependiente(s) recibirán aseguranza de accidente o de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta sí, conteste lo siguiente:					
Nombre del Beneficiario			Dirección-Calle		
Ciudad		Estado	Código Postal		Teléfono (si lo sabe)

**SECCIÓN VII ASEGURANZA Y OTRA INFORMACIÓN DE SUPLEMENTO OBTENIDO**

Indicar abajo si están suministrando pagos o van a pagar algunos gastos arriba indicados.

Tipo de Origen:  Asegurancia de Salud/HMO/PPO  Administración de Veteranos  Servicios del Army (CHAMPUS)  Seguro de Vida  
 Asegurancia de Auto  Medicare  Medicaid No. \_\_\_\_\_  Compensación de Trabajadores No. \_\_\_\_\_

Proveer la siguiente información por cada origen. (Si es más de una la que está pagando, nos dá más información en una hoja separada)

Nombre de Asegurancia		Número de la Póliza	
Dirección de Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del que poseé la Póliza	Seguro Social del que poseé la Póliza	Fecha efectuada de la Póliza/Protección	

**INFORMACIÓN DE ASEGURANZA PARA AUTO-COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ES SOLAMENTE PARA RECLAMAR DE AUTOMÓVIL**

?El convicto tiene la responsabilidad de tener asegurancia de auto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta Sí, dé el nombre de la persona y los límites de la Póliza.			
Dirección de Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Póliza
?Tiene la víctima protección de asegurancia por de aquellos que no tienen asegurancia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta Sí, de el nombre de la persona y los límites de la póliza			
Dirección de Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de la Póliza
?Se ha hecho un arreglo con la persona que tiene asegurancia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta Sí, (nos dá una copia de el arreglo)			

**SECCIÓN VIII PÉRDIDA DE SALARIO/PÉRDIDA DE ASISTENCIA (Llenar esta parte solamente si la víctima estaba trabajando en el tiempo que pasó el crimen y pérdida ha sido reclamada)**

?La víctima estaba trabajando cuando pasó el crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	?La víctima está solicitando pérdida de salarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	?Un dependiente está solicitando ayuda de mantenimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Empleo de la Víctima (al tiempo que pasó el Crimen)		Número de teléfono	
Dirección de Empleo de la Víctima	Ciudad	Estado	Código Postal

Si la víctima trabaja para sí mismo(a) someter copias de su income tax regresados de el año que pasó el crimen y del año siguiente del crimen.

Sueldo pagado neto (que trae a su casa) u otra entrada de dinero (incluyendo las propinas y gratificaciones) si pérdida de tiempo o beneficios perdidos de asistencia son reclamadas:

\$ \_\_\_\_\_ por semana.

La fecha en que dejó de trabajar debido al crimen: (Mes, Día, Año) \_\_\_\_\_

Fecha en que regresó a trabajar: (Mes, Día, Año) \_\_\_\_\_

Días de descanso la cual la víctima recibió compensación en la manera de un resultado de enfermedad/o vacaciones ▶ \_\_\_\_\_

?Fué el crimen relacionado con el trabajo?  Sí  NoSi contesta Sí, ?la víctima ha aplicado para Compensación de Trabajadores u otros beneficios del empleo?  Sí  No

Si contesta Sí, por favor explicar. \_\_\_\_\_

?Está recibiendo o ha recibido beneficios de incapacidad de su trabajo como resultado de ésta herida/lastimadura?  Sí  No

Si contesta Sí, por favor explicar. \_\_\_\_\_

**SECCIÓN IX OTRA INFORMACIÓN**?Si la víctima o el que hace la demanda está considerando una acción civil contra el culpable o la demanda es a una tercera persona por daños adjuntos reclamados?  Sí  No

Si contesta Sí, por favor nos dá el nombre y dirección de correo del abogado que se encarga de ésta acción civil: \_\_\_\_\_

**RESTITUCIÓN**

Si la corte ha ordenado al culpable que haga una restitución (pagarle a usted) complete lo siguiente:

Fecha de la Orden de Restitución \_\_\_\_\_ Corte \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_

Juez \_\_\_\_\_ ?Cómo vá a ser pagado? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL ABOGADO**

No es necesario que tenga abogado; sin embargo, si el que demanda desea ser representado por un abogado para pedir beneficios de Compensación para Víctimas de Crimen, por favor complete lo siguiente. Abogados tienen autorización hasta el 15% de cualquier compensación que le den. El abogado necesita presentar un documento que diga que lo está representando a usted.

Nombre del Abogado (Apellido, Nombre, Segundo nombre)		Número de Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Firma del abogado (si está representando de beneficios para Víctimas de Crimen)		Fecha	

### AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN Y CONDUCIR UNA INVESTIGACIÓN, HACER PAGOS DIRECTAMENTE A LOS QUE SUMINISTRAN Y ASIGNAN LOS DERECHOS DE SUBROGACIÓN

Le doy permiso a cualquier abogado, hospital, funeraria, doctor, a una agencia que representa la ley, compañía de seguridad, empleo, asistencia pública o agencia social, o cualquier federal, estado, agencia local de gobierno dar todos los archivos o información que ayudará a la Unidad de Compensación para Víctimas de Crimen para procesar mi demanda de compensación, de permitir las copias de tales archivos para hacer y contestar cualquier pregunta que hagan por o en favor de la Unidad de Compensación para Víctimas de Crimen en Missouri.

Entiendo que después de recibir esta forma, la Unidad de Compensación para Víctimas de Crimen en Missouri va a investigar la verdad de la información obtenida de otros asuntos tocante a esta demanda; y doy mi permiso para tal investigación. Esta autorización es válida por dos años de la fecha dada abajo.

Yo reconozco y estoy de acuerdo que cualquier parte de cualquier compensación recibida puede ser pagada directamente a cualquiera que suministre bienes o servicios en mi favor.

Adicionalmente yo entiendo que estoy de acuerdo que el estado de Missouri subroge, hasta cierto punto de cualquier compensación que me den, y también todos los derechos del que hace esta demanda para recuperar beneficios o ventajas de pérdida económica de origen la cual es, o si es fácilmente disponible a la víctima o será el que reclama, suplemento obtenido, asignado por estos derechos al Estado de Missouri y puede proteger los derechos de subrogación, y estoy de acuerdo en asistir al estado en perseguir los derechos de subrogación.

Estoy de acuerdo en notificar a la División si tengo un abogado que me represente en una demanda relacionado con el crimen. También estoy de acuerdo de notificar a la División: 1) en caso de que reciba pagos de restitución por el culpable; o 2) en caso de que inicie cualquier procedimiento legal o daños relacionados con el crimen sobre la cual ésta demanda es basada.

Yo certifico que leí y entendí la declaración ya mencionada arriba; y la información que he dado es verdad y correcta de acuerdo a mi conocimiento y convicción que estos beneficios serán negados si estas declaraciones no son verdaderas.

Firma del que demanda	Fecha
-----------------------	-------

(Si la víctima es menor de 18 años de edad, ésta aplicación debe ser firmada por uno de los padres o un encargado legalmente del nombre que aparece en la "Sección II información del que hace la demanda")

**ESTADO DE MISSOURI** )  
 ) SS  
**CONDADO DE** \_\_\_\_\_ )

En este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_, ante mí personalmente aparece \_\_\_\_\_,  
*(Nombre del que demanda)*

tengo entendido ésta es la persona descrita que lleva a cabo la precedente aplicación de Compensación para Víctimas de Crimen y reconoce que \_\_\_\_\_ lleva a cabo la misma como su acción voluntaria. Y dice que declara ésta  
*(ella/el)*  
 información es correcta y verdadera de acuerdo a su conocimiento.

Firmó y juró ante mí en mi oficina en \_\_\_\_\_ el día y el año en que lo de arriba  
*(Dirección de la oficina del Notario)*  
 fue escrito.

*(Sello del Notario)*

\_\_\_\_\_  
 Firma del Notario

Mi licencia es vencida: \_\_\_\_\_